TRAVAUX ORIGINAUX

—

I

Essais thérapeutiques sur quelques nouveaux produits (Nargol, Cuprol, Jequiritol et Chlrohydrate d'adrénaline), par le Dr A. Darier.

C'est toujours avec un nouveau plaisir que je vois apparaître une nouvelle combinaison organique d'argent. Le protargol s'est montré dans bien des cas supérieur au nitrate d'argent, alors que déjà l'argentamine, qui lui est bien inférieure, nous avait déjà donné d'intéressants résultats.

Mais ces nouveaux produits ne sont pas encore la perfection. Le protargol, par exemple, même en solution très forte, peut dans certains cas n'être pas assez caustique ; il a en revanche l'immense avantage de n'être jamais nocif, mais son action étant moins violente s'épuise plus rapidement, et il devint parfois nécessaire de lui substituer un caustique plus énergique.

Le **nargol** nous est arrivé accompagné d'une bibliographie, d'une presse très favorable, aussi me suis-je empressé de le mettre à l'épreuve. C'est un composé de nucléine et d'argent à 10 0/0. Le protargol ne contient que 8 0/0 d'argent ; la différence est bien minime et ne peut théoriquement comporter une différence d'action appréciable.

Mais l'expérience clinique ne s'est en aucun point montrée favorable au niveau composé de nucléine et d'argent. D'abord les solutions un peu concentrées sont épaisses et visqueuses et ne fournissent en aucune manière par le frottement cette mousse albumineuse qui nous permet de pratiquer ce que j'ai appelé *savonnage au protargol* (1) et dont l'action est si favorable pour désinfecter les paupières et les cils et aussi pour pratiquer la prophylaxie la plus simple et la plus efficace de l'ophtalmie purulente.

Comme action antiseptique ou caustique, le nargol a la même efficacité que le protargol, mais ne présente aucun avantage et plusieurs inconvénients. Jusqu'à preuve de contraire, il doit donc être considéré comme inférieur au protargol.

* * *

Le **cuprol**, en revanche, paraît plus intéressant. Il possède cette qualité de très haute importance, c'est qu'il est *réellement indolore*. J'ai été pour ma part fort surpris après avoir cautérisé des conjonctives avec une solution de cuprol à 10 0/0 de voir que les malades n'éprouvaient pas la moindre douleur. L'action thérapeutique est certainement incomparablement plus faible que celle produite par le sulfate de cuivre, mais aussi combien moins douloureuse !

Le cuprol me paraît donc appelé à rendre des services dans certaines formes de conjonctivites subaiguës ou chroniques, de cette forme caractérisée par la présence du diplobacille, de même que dans la conjonctivite folliculaire simple des écoliers. Ce médicament pourra être précieux *dans les alternances médicamenteuses*, utiles dans certaines conjonctivites ayant résisté aux sels d'argent, de zinc, de plomb, etc..

* * *

Quant au **jéquiritol** (1), c'est avec un réel enthousiasme que j'ai accueilli son apparition parce que dès longtemps j'étais à la recherche d'un *modificateur énergique de la nutrition de la cornée*.

L'action lymphagogue si curieuse de la Dionine m'avait laissé entrevoir tout le parti que l'on pourrait tirer dans certaines maladies profondes de la cornée d'un agent du même ordre, mais d'une action plus profonde et plus puissante.

Nous avons tous connu le jéquirity, mais son emploi demande une expérience et un tour de main qui coûte parfois cher à acquérir ;

(1) Voir Dr Darier : Leçons de thérapeutique oculaire basées sur les découvertes les plus récentes, 1 vol. in-8°, Maloine, Paris, 1902).

(1) Voir la *Clinique ophtalmologique*, 1901, page 340.

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasme de l'accommodation, tic de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✲ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

pour ma part, j'ai vu, par le jéquirity, se produire un leucome cornéen épais et étendu.

Le jéquiritol a cet avantage d'être facilement dosable et si l'on a la patience nécessaire, on est à même de provoquer exactement la réaction que l'on désire obtenir. On peut même provoquer cette réaction à plusieurs reprises, jusqu'à ce que soit atteint le résultat thérapeutique cherché.

Si la dose a été trop forte et que l'ophtalmie jéquiritique ainsi provoquée fasse craindre des complications du côté de la cornée, on peut, grâce au **jéquiritol-sérum**, enrayer pour ainsi dire à volonté le processus phlegmasique.

Je n'ai encore observé que 4 cas d'anciens pannus ou d'anciens leucomes traités par le jéquiritol. Deux m'ont donné des résultats satisfaisants, les deux autres se sont dérobés à mes soins à cause de la douleur provoquée par le traitement, elle est en effet, très violente. Le malade éprouve des douleurs orbitaires et hémicrâniennes parfois très intenses ; les paupières, la joue et la tempe sont tuméfiées, le ganglion préauriculaire est engorgé et douloureux et les nuits sont agitées ; il y a parfois fièvre marquée. La cornée devient épaisse, vitreuse, œdématiée ; les vaisseaux du limbe sont très dilatés. Il y a un chémosis bulbaire et palpébral très intense et souvent formation d'exsudats pseudo-membraneux au niveau du cul-de-sac inférieur. Tous ces symptômes s'amendent très rapidement si l'on fait alors quelques instillations de jéquiritol-sérum, mais il ne faut employer ce dernier moyen que lorsqu'on craint d'avoir dépassé le but thérapeutique qu'on se proposait.

La plupart des auteurs qui ont fait usage du jéquiritol ont relaté de brillants résultats qu'il ne m'a pas encore été donné d'observer.

En somme, ce produit pourrait remplacer avantageusement le jéquirity, mais, comme ce dernier, il n'aurait que de rares et très spéciales indications. Il peut être recommandé dans tous les cas où la cornée étant très opaque, on ne court aucun risque à chercher à en provoquer l'éclaircissement par une phlegmasie artificielle violente.

Contre les infiltrations cornéennes aiguës et plus légères, nous aurons recours d'abord à la dionine, aux injections sous-conjonctivales et au massage.

* * *

Quant à l'**adrénaline** elle est au fond plus nouvelle de nom que de fait, car nous connaissons tous aujourd'hui le pouvoir vaso-contricteur puissant de l'extrait de capsules surrénales et ses multiples et intéressantes indications thérapeutiques (1).

Mais cet extrait organique, quoique fort bien préparé et conservé en ampoules aseptiques par Jacquet, de Lyon, présentait les inconvénients inhérents à toutes les préparations de sucs organiques : altérabilité plus ou moins rapide, dosage peu exact. Autant de préparateurs, autant de produits différant dans leur degré d'activité.

Déjà en 1899, Abel avait isolé un *chlorhydrate d'épinéphrine* d'un pouvoir assez constant ; mais on n'était pas encore d'accord sur sa composition chimique exacte.

Aujourd'hui, Takamine, nous présente sous un aspect cristallin un *chlorhydrate d'adrénaline* qu'il est arrivé à produire en assez grande quantité et d'une manière chimiquement pure, toujours identique à lui-même et ayant une action si puissante qu'on ne doit guère l'employer qu'en solutions très faibles, à 1/1000 au maximum.

Une goutte de cette solution appliquée sur la surface oculaire produit en 2 minutes une ischémie très marquée donnant à l'œil cet aspect de porcelaine que vous connaissez tous.

Bref, le chlorhydrate d'adrénaline possède toutes les qualités de l'extrait de capsules surrénales, mais il a sur ce dernier l'immense avantage d'être inaltérable et d'une régularité d'action parfaite et d'un dosage très exact.

Il nous sera donc permis d'ordonner couramment intrus et extra le précieux vaso-contricteur dont les progrès incessants de la chimie moderne viennent d'enrichir notre arsenal thérapeutique. Nous ne pouvons énumérer ici à nouveau toutes les indications thérapeutiques de l'extrait de capsules surrénales, nos lecteurs trouveront dans la collection de *La Clinique Ophtalmologique*, tout ce qui a été publié sur ce sujet.

Je fais usage depuis 5 ou 6 mois de chlorhydrate d'adrénaline et jamais je n'ai vu une solution s'altérer ou perdre de son activité, voici dans quelles conditions on peut prescrire l'adrénaline.

(1) Darier. — Leçons de thérapeutique oculaire basées sur les découvertes les plus récentes. 2e édition Paris, 1902. Maloine, éditeur.

Formules

Collyre anti-congestif et calmant à la cocaïnéline, pour faciliter l'extraction des corps étrangers et rendre moins douloureuses les cautérisations et autres interventions :

1°	Chlorhydrate d'adrénaline à 1/1000	0.50 (X gout.)
	Chlorhydrate de cocaïne.....	0.10
	Eau stérilisée.....	10 gr.

Ce collyre rend les plus grands services en injections dans les voies lacrymales pour faciliter le cathétérisme.

2° **Collyre fort à l'adrénalyne, Collyre ischémiant :**

2°	Chlor. d'adrénaline à 1/1000....	XX à L gouttes.
	Solution de Cn Hg à 1/2000.....	10 gr.

Ce collyre en instillations répétées 6 ou 8 fois par jour rend les plus grands services dans les *épisclérites* et surtout dans le *catarrhe printanier* où il agit pour ainsi dire comme un spécifique.

C'est de cette solution qu'on se servira pour provoquer l'ischémie indiquée pour certaines opérations chirurgicales portant sur le globe oculaire et les paupières.

3° **Collyre astringent :**

3°	Chlorhydrate d'adrénal. à 1/1000.	1 gr. (XX gout.
	Chlorhydrate de cocaïne.....	0.20
	Sulfate de zinc.....	0.20
	Eau distillée.....	10 gr.

Ce collyre est d'un effet remarquable dans les *conjonctivites chroniques* dites angulaires ou *conjonctivites à diplobacilles*.

4° **Collyre antiglaucomateux :**

4°	Chlorhydrate d'adrénaline 1/1000	1 gr. (XX gout.)
	Chlorhydrate de pilocarpine.....	0.10 —
	Salicylate d'ésérine.....	0.02 —
	Eau distillée stérilisée.....	10 gr.

On prescrira avec profit dans certains glaucomes où l'opération n'est pas indiquée des instillations répétées 2 à 8 fois par jour.

P. S. Sur mes instances pressantes notre confrère le Dr Jacquet, de Lyon, qui s'est fait une juste réputation avec ses tubes d'extrait de capsules surrénales, a bien voulu mettre à exécution les délicates manipulations recommandées par Takamine pour la préparation de l'adrénaline.

Nous pourrons donc facilement nous procurer en France ce merveilleux agent thérapeutique, un des premiers composés chimiques extraits directement de l'organe chargé de l'élaborer.

M. Jacquet vient de m'envoyer une solution d'adrénaline à 1/1000 et les effets que j'en ai obtenus sont absolument identiques à ceux dont il est parlé plus haut.

II

Raideur de la convergence

Trouble fonctionnel qui n'a pas encore été décrit dans la neurasthénie et dans l'hystérie.

Par le Prof. O. KÖNIGSHÖFER. (Stuttgart)

Le spasme de la convergence, l'insuffisance des droits internes, le spasme de l'accommodation et la faiblesse de l'accommodation sont des phénomènes connus et observés souvent dans l'hystérie et la neurasthénie.

Un fait moins connu et plus rare est la présence simultanée chez la même personne des signes de ces quatre altérations fonctionnelles ; dans la littérature à ma disposition, je n'ai trouvé aucune indication sur ce fait.

Depuis longtemps déjà, mon attention était attirée sur cette combinaison, dont l'explication me paraissait très difficile, avant que je n'en connusse la nature.

Recherchant ce complexus symptomatique, depuis plusieurs années, dans tous les cas d'asthénopie et de spasme de l'accommodation, je dispose actuellement de cinq cas typiques, qui tous appartiennent à des neurasthéniques ou à des hystériques.

Avant de rapporter ces observations, je vais relever l'ensemble des symptômes subjectifs dont se plaignent ces malades.

Ils souffrent tous d'une douleur sourde au front et derrière la tête, qui se produit principalement après l'usage plus ou moins long de la vue, mais qui ne disparaît pas entièrement quand l'œil cesse de fonctionner ; en un mot, cette douleur persiste, mais son intensité varie.

En outre, ces personnes se plaignent — et en ceci elles diffèrent de celles qui ont de la copiopie symptomatique, de l'insuffisance des droits internes, ou même des troubles de l'accommodation — *de ne pouvoir fixer nettement un objet, quelque soit sa distance ; pendant l'effort de la fixation, la vision se trouble aussitôt.* C'est là le symptôme pathognomonique de cette affection.

Dans l'un des cas les plus accentués, le patient se plaignait aussi d'un sentiment de vertige, surtout pendant la marche, et surtout (dans le cas le plus grave) pendant la marche sur un trottoir à dalles ou sur un parquet quadrillé.

Le premier cas qui attira mon attention, sans pouvoir trouver la véritable explication de ce complexus symptomatique est celui d'une femme de 38 ans qui souffrait d'une forte hyperesthésie de la rétine greffée sur de la neurasthénie et de l'hystérie.

Après la disparition de l'hyperesthésie de la rétine, la patiente se plaignait encore de ne pouvoir fixer un objet, et d'avoir des vertiges pendant la marche.

A droite . . .	M. 2.25 D	V = 1
A gauche . .	M. 2.25 D	V = 1

L'accommodation monoculaire me parut normale ; pendant l'accommodation des deux yeux, la vision se troublait très rapidement ; après la lecture d'une page d'un livre bien imprimé, cette femme ne pouvait plus continuer, « les lettres dansant devant ses yeux ».

L'exploration des muscles me donna l'image d'un mélange très remarquable d'insuffisance des droits internes et de spasme de ces mêmes muscles, ce que j'ai noté de la manière suivante :

Après disparition de la tendance à la fusion et dans le regard en haut,

Pour la vision de près : diplopie croisée.
— de loin : diplopie homonyme.

La diplopie, croisée pour la vision de près et homonyme pour la vision de loin est suffisamment corrigée par des prismes ; le même prisme corrige tantôt en bas, tantôt en haut ; pendant que l'on essaye de superposer les images avec les prismes, elles balancent, passant et repassant. La prisme 10° corrige d'une manière fixe pour de près et pour de loin.

(Je fais remarquer, qu'il y a 15 ans je faisais toujours l'exploration des muscles pour 30 centim. — vision rapprochée — et pour 3 mètres — vision éloignée).

L'écartement demeure à peu près le même dans toutes les parties du champ de fixation ; les différences d'écart que l'on observe par-ci par-là ne se montrent pas d'une manière régulière ; quand l'objet se meut dans la périphérie du champ de fixation, l'écartement augmente ou diminue sans règle.

Comme la skiascopie me donnait un degré de myopie inférieur à celui fourni par l'examen subjectif, je diagnostiquais : « Insuffisance des droits internes et spasme de l'accommodation » : je pensais que la persistance de la diplopie pour la vision de loin était la conséquence de l'incongruence entre l'effort de convergence dû au spasme de l'accommodation, et la diminution de la force de contraction des droits internes due à une faiblesse musculaire. Je pensais qu'à la suite de cette lutte, les droits internes étaient en état de spasme tonique, que les droits externes ne pouvaient plus surmonter dans la vue de loin.

Le cours ultérieur de cette affection semblait démontrer cette opinion. Car, après quelques instillations d'atropine, la diplopie pour la vision éloignée disparut, et la tendance à ce spasme de l'accommodation avait disparu au bout de quelques mois, tandis que la réfraction restait : OD, M. 1,5 D ; OG. M. 1,0 D. — Tous ces symptômes avaient disparu, la malade pouvait de nouveau fixer et lire de près. Je m'expliquai à tort la disparition sumultanée de l'insuffisance des droits internes par l'amélioration de l'état général, tout en m'étonnant que cette affection si rebelle avait disparu si rapidement et sans trace.

J'ai perdu cette malade de vue.

Le deuxième cas concerne une jeune femme qui était âgée de 12 ans quand je commençai à la traiter. Par un heureux hasard, j'ai pu observer cette personne pendant 14 ans, et c'est ainsi que je suis arrivé à trouver la véritable signification de cette affection. Cette fois encore, la patiente se plaignait surtout de ne pouvoir fixer, de troubles de la vision pendant le regard au loin, et de douleurs sourdes, surtout dans le front.

Le premier examen donnait :

OD et OG : M. 3,0 D. V = 5/4

A 33 ans, la vision monoculaire est facile, V = 0.4 ; la vision binoculaire produit de suite un trouble.

L'examen de la musculature montrait :

Pour la vision de loin, après disparition de la tendance à la fusion (sans déviation en haut), une diplopie homonyme ; l'écartement augmente avec l'éloignement, et il reste le même dans toutes les parties du champ de fixation. La diplopie disparaît aussitôt que la lumière est rapprochée à 40 cm.

Si l'on rapproche la lumière à plus de 20 cm., pour la vision de près ; on remarque une diplopie croisée, qui augmente rapidement avec le rapprochement de l'objet.

La réfraction mesurée à l'ophtalmoscope montrait que les deux yeux étaient emmétropes à peu de chose près ; on notait, en outre, une pigmentation irrégulière du fond de l'œil et un staphylome, de la grandeur d'une demi-papille, dont les bords étaient irréguliers et effacés.

L'anamnèse m'ayant appris qu'il y avait une disposition héréditaire à la myopie (du côté paternel et du côté maternel), je notai les résultats de mon examen de la manière suivante : « Hypermétropie primitive, 6 ; actuellement emmétropie, par suite de l'allongement du globe, avec tendance à la formation d'une myopie axile, renforcée par une myopie fonctionnelle passagère et consécutive à un spasme de l'accommodation. Insuffisance modérée des droits internes. »

J'interprétais déjà avec plus de justesse la diplopie homonyme comme un spasme tonique des droits internes en rapport avec le spasme de l'accommodation, n'attachant pas une importance spéciale à l'insuffisance modérée pour la vision rapprochée ; je la regardais comme la conséquence probable de l'écartement notable des papilles causé par la largeur du crâne, ce qui rendrait difficile la convergence pour les objets très rapprochés.

Une cure d'atropine, de 3 semaines faisait disparaître tous ces symptômes ; et, à mon grand étonnement, l'insuffisance de la convergence pour la vision de près cessait, et la patiente pouvait converger à une distance de 10 cm.

Environ un an après, l'affection se reproduisait, pour disparaître de nouveau au bout de huit jours, sans laisser de traces.

A l'âge de 18 ans, cette personne eût de nouveau brusquement un trouble de la vision éloignée. L'examen de l'acuité visuelle donna les chiffres suivants :

Vision monoculaire de chaque côté :	M. 4,0 — 5,5 D, V = 5/4
Vision binoculaire	M. 2,0 — 2,5 D, V = 5/4
A l'ophtalmoscope, toujours :	M. 0,5 — 1,0 D.

L'examen des muscles montrait de nouveau une diplopie homonyme pour la vision éloignée, croisée pour la vision rapprochée, tandis que, dans l'intervalle, la force de convergence des droits internes restait normale.

A mon avis, ce n'était pas là un effet du hasard, mais il devait y avoir un lien bien déterminé entre l'apparition du spasme de l'accommodation et la diplopie homonyme pour la vision éloignée, ainsi que la diplopie croisée pour la vision rapprochée.

Ce fait que le spasme de l'accommodation était notablement plus prononcé dans la vision monoculaire que dans la vision binoculaire, symptôme que l'on ne trouve que dans les névroses fonctionnelles, me conduisit aussi vers la cause réelle de l'affection.

Etant donné l'état social de la malade, je ne pouvais pousser mes recherches plus avant, et comme, par l'instillation d'atropine pendant quelques jours, l'affection avait cédé, je dus me contenter de faire des hypothèses. Il ne s'agissait pas ici d'un pur spasme de l'accommodation, mais l'affection devait être envisagée comme un spasme de la convergence et de l'accommodation, tel que les yeux restaient adaptés pour une certaine distance ; c'est-à-dire que, pour un plus grand rapprochement de l'objet, la convergence ne pouvait être augmentée, par suite du manque de relâchement de l'abducteur, et que, pour un plus grand éloignement de l'objet, au contraire, par suite du spasme de l'accommodation et de la contraction secondaire des droits internes, la convergence ne pouvait pas être diminuée non plus.

La malade n'eut pas de rechute pendant 4 ans, pendant ce temps la réfraction restait M. 1 D. V. = 5/4. Accommodation et fonctions musculaires normales. Enfin, à la suite d'une grande fatigue causée par une lecture prolongée pendant sa grossesse (la patiente s'était mariée), une nouvelle crise survint. Cette rechute dura plusieurs mois, jusqu'après l'accouchement, la cure d'atropine n'ayant pas été faite à cause de l'intolérance pour les mydriatiques qui peut se produire pendant la grossesse.

Dans l'intervalle, j'eus l'occasion d'observer les 3 cas suivants (dont le premier est le plus typique) qui vinrent encore éclairer ma religion sur ce sujet.

Le troisième cas que je vais décrire est celui qui montre la lésion fonctionnelle la plus nette, mais aussi la plus rebelle ; aussi m'a-t-il

servi à donner à cette affection l'étiquette précise que j'ai mise en tête de ce travail.

La malade, âgée de 30 ans, non mariée, venait me consulter pour la première fois il y a quelques années et me faisait les plaintes habituelles. Trouble de la vue pour la vision éloignée et pour la vision rapprochée, maux de tête, fatigue rapide pendant la lecture, vertiges pendant la marche sur une route pavée, ou sur un plancher parqueté, etc., et surtout lorsqu'elle marchait sur un trottoir carrelé. Sur un sol uni, un trottoir d'asphalte ou de ciment sans décoration, elle n'éprouvait pas, ou très peu, de vertiges. La cause directe était la fatigue des yeux par la lecture de vieux manuscrits. Voici le résultat de l'examen de la vision, qui a peu changé pendant le cours de l'année :

O D. M 2,0 D V = 5/15
O G. M 2,0 D V = 5/15

Vision binoculaire : M. 2,0 D. V = 5/10

Pour la vision de près :

O D avec + 2,0 D 0,4 à 25 cm.
O G avec + 2,0 D 0,4 à 25 —

L'examen de la fonction musculaire montrait :

Pour un éloignement de l'objet en deçà de 45 cm. de l'œil : diplopie homonyme avec écartement égal dans toutes les parties du champ du regard, augmentant régulièrement avec l'éloignement.

Quand on rapproche la lumière, la diplopie disparaît, de même quand on rapproche la lumière à plus de 45 cm. de l'œil ; mais la vision simple se transforme en diplopie aussitôt que l'éloignement est inférieur à 35 cm.

Si l'on renverse l'expérience, en commençant à 20 cm. environ de l'œil, et en éloignant progressivement, la diplopie croisée disparaît à 40 cm. environ et la diplopie homonyme commence à 50 cm.

La recherche de la réfraction à l'ophthalmoscope montre de l'emmétropie des deux côtés, mais seulement après un séjour assez long dans la chambre noire. Pendant l'examen skiascopique la myopie se reproduit.

L'examen de l'état général montre les symptômes d'une hystérie grave : hémianesthésie, boule hystérique, crises d'hystérie au moment des époques, troubles de la circulation, absence de symptômes objectifs du côté du cœur pendant des mois, puis troubles allant jusqu'à la cyanose, etc.

Nous sommes en présence d'un état particulier de l'œil, fixé dans une convergence et une accommodation déterminées, soit ici, pour une distance de 50 cm. En effet, la patiente a besoin d'un verre concave de 2,0 D pour voir nettement au loin ; elle a donc son remotum à 50 cm. Pour lire à 25 cm. il lui faut un verre convexe de 2.0 D ; elle ne peut donc accommoder entre 50 cm. son remotum, et 25 cm. ; c'est-à-dire faire un effort de 2,0 D ; son accommodation est fixée pour une distance de 50 cm. par un spasme tonique.

Conformément à ce que je viens de dire, avec un convexe + 1,0 D, elle lit 0,6 à 30-33 cm. ; sans verre, 0,9 à 50 cm.

Ce qui prouve qu'il ne s'agit pas d'une myopie compliquée d'une paralysie de l'accommodation, c'est que, après un séjour prolongé dans la chambre noire, où la malade est dans l'impossibilité de fixer, le spasme se dissipe, et on trouve de l'emmétropie à la skiascopie.

Mais cette emmétropie se transforme rapidement sous l'œil de l'observateur, en myopie dès que l'éclairage de la lampe de l'ophtalmoscope permet à la malade de fixer ; enfin une autre preuve est que la convergence correspond entièrement à l'accommodation pour une distance de 50 cm.

Je n'osai prescrire des instillations d'atropine dans un but de recherche, à cause du degré élevé de la névrose.

Je tentai cependant une dilatation moyenne de la papille par la cocaïne, mais il se produisit une hyperesthésie tellement violente de la rétine que la patiente se trouvait complètement aveuglée.

Considérant l'état général, et pour d'autres raisons encore, je renonçai à garder la malade à l'hôpital pour la maintenir dans une chambre demi-obscure jusqu'à la diminution de l'effet de l'atropine.

La malade, en effet, ne pouvait rester longtemps dans une chambre obscure sans éprouver la plus vive angoisse, de même qu'elle ne pouvait dormir dans une chambre sans lumière.

La diplopie n'est pas causée par une faiblesse de la divergence ou l'insuffisance des droits internes (diagnostic auquel je m'étais d'abord arrêté), ce qui le prouve, en effet, c'est

la fixation des axes optiques sur la distance de 40 à 50 cm., c'est-à-dire pour la même distance que celle sur laquelle est fixée l'accommodation. Que cependant sur un espace de 10 cm. la vision soit simple, c'est le fait de la tendance à la fusion et de cette circonstance, que l'objet (une lumière) servant à l'expérience, ayant une certaine grandeur, les images rétiniennes se couvrent en partie dans un certain espace. En effet la patiente était très affirmative sur ce fait que, dans l'éloignement comme dans le rapprochement de l'objet, ce dernier s'élargissait d'abord pour se dédoubler brusquement ensuite.

Comme je l'ai fait remarquer plus haut, l'atropine étant contre-indiquée, le traitement fut très limité, et, avec le médecin de la famille, je me contentai de soigner la névrose ; l'amélioration fut très minime, les symptômes se modéraient seulement de temps en temps sans que le spasme se relachât d'une manière satisfaisante.

L'exactitude du diagnostic fut vérifiée par ce fait que, au moment de la diminution temporaire des symptômes, la myopie diminuait ; d'autre part, l'amplitude d'accommodation et la zone de vision simple augmentaient d'une façon notable jusqu'à 50 cm., il y avait vision simple sur une distance de 70 à 20 cm.

Pendant ces trois dernières années, la patiente munie d'une lunette + 2, O D ⌔ prisme à base interne, pouvait lire et écrire un certain temps, souvent plusieurs heures.

Les deux derniers cas sont moins graves ; le quatrième cas a trait à un jeune homme de 18 ans, actuellement étudiant en médecine, chez lequel l'affection s'était déclarée à l'époque où il préparait son examen de maturité. — Le patient est un neurasthénique avéré.

Au premier examen je trouvai :

O D. M 1,25 V = 5/4
O G. M 2,15 V = 5/9

A 25 cm. V = 0.4, avec un œil ; il voit trouble quand on rapproche les lettres davantage. Si les deux yeux sont ouverts, aussitôt la vision se trouble et la douleur frontale apparaît.

A l'opthalmoscope, des deux côtés : myopie inférieure à 1, O D.

L'examen des muscles montre qu'il y a diplopie homonyme jusqu'à 1 mètre, puis vision simple jusqu'à 50 cm. ; endeçà, diplopie croisée.

L'écartement des images doubles augmente pour un éloignement ou un rapprochement plus grand ; en revanche, cet écartement ne varie pas dans les différentes régions du champ de fixation.

Guérison, après le traitement de la neurasthénie, prolongé pendant plusieurs mois.

Dans le cinquième cas, il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, qui auparavant avait présenté une aphasie hystérique. Ici encore, l'affection s'était montrée à l'occasion d'un travail rapproché suivant la préparation d'un examen.

Lors de la première recherche, M, 1.5 D. V = 5/4.

L'amplitude d'accommodation était ici un peu plus élevée, en ce sens que la confusion des lettres ne se produisait pas pour la vision monoculaire rapprochée, cette dernière n'apparaissant pour la vision binoculaire qu'à une distance de 33 cm. En outre, la vision simple existait pour une zone plus grande ; diplopie homonyme en deçà de 95 cm., pas de diplopie de 95 à 25 cm. ; diplopie croisée à partir de 20 cm., seulement.

Après la guérison, des deux côtés, M, 1, 0 D, amplitude d'accommodation et de déconvergence mono et binoculaire normale.

Nous sommes dans ces cinq cas, en présence des symptômes communs suivants :

Forte diminution de l'amplitude d'accommodation binoculaire, diminution moindre de l'amplitude d'accommodation monoculaire. (exception pour le cas 3, où l'amplitude d'accommodation monoculaire et très amoindrie).

Diplopie homonyme pour la vision de loin, écartement identique pour toutes les régions du champ de fixation, augmentant avec l'éloignement.

Vision simple pour des zones plus ou moins grandes, en relation avec le punctum remotum actuel de l'œil ; diplopie croisée pour le rapprochement ; le point de renversement des images doubles est d'autant plus rapproché du punctum remotum, que l'amplitude d'accommodation est plus diminuée, et que l'écartement augmente plus rapidement avec le rapprochement.

Nous sommes en présence ici des mêmes phénomènes que ceux qui se présentent dans la paralysie pupillaire des paralytiques, ou dans certains spasmes des hystériques chez lesquels les muscles antagonistes d'un membre,

d'un bras, par exemple, sont en demi-flexion, sans qu'on puisse les fléchir ou les étendre davantage ; nous pouvons dire de même ici, *mutatis mutandis*, que la fixation des axes optiques et de l'accommodation à une certaine distance est telle que la fixation au delà ou en deçà n'est plus du tout possible, ou dans une certaine mesure seulement.

Phénomènes que je crois pouvoir définir exactement en l'appelant : « Raideur de la convergence. »

La cause première de cette affection, dans les cinq cas, est la neurasthénie ou l'hystérie, ou même une combinaison des deux névroses. La cause occasionnelle semble être, pour les cas 1 et 2: le travail plus ou moins prolongé à courte distance, sous forme de lecture ou d'écriture,

Dr Abt, trad.

III

L'iridectomie préalable dans l'opération de la cataracte sénile,

Par M. le Dr E. Aubineau.

Nous avons fait précéder d'une iridectomie toutes les extractions de cataracte que nous avons pratiquées depuis 3 ans.

Ce sont les impressions que nous ont laissées « nos premières cataractes » qui nous ont amené à adopter d'une façon systématique la méthode de l'iridectomie préparatoire. L'inexpérience et l'hésitation des débuts sont toujours la source d'indications importantes, qu'il s'agisse de chirurgie générale ou spéciale, pour l'opérateur qui commence à voler de ses propres ailes et prend conscience de sa responsabilité.

L'état d'âme d'un oculiste qui débute et exécute ses premières cataractes est tout à fait particulier. En admettant que le jeune confrère ait été l'assistant d'un maître sérieux, il est exceptionnellement rare qu'on lui ait confié une opération de cataracte, ce que nous comprenons aisément. Nous ne parlons pas des nombreux expectants qui ont vu l'opérateur mais n'ont pas suivi l'opéré, nous parlons de ceux qui ont été témoins des complications immédiates et éloignées de l'opération et nous estimons que ceux-là même ne peuvent prévoir toutes les difficultés qu'ils rencontreront dans leur pratique. Beaucoup, avant de débuter, sont tentés de croire que l'extraction de la cataracte sénile est une intervention bénigne et facile qui satisfait toujours le chirurgien ; l'habileté de leurs chefs, le bruit qui entoure les résultats heureux, le silence qui couvre les échecs, ont pu contribuer à leur faire cette opinion ; ils auraient cependant dû remarquer que les divers procédés d'extraction préconisés, les nombreuses modifications de détail proposées, sont une preuve de tâtonnement, et qu'une question comme celle de l'opération de la « cataracte », sur laquelle on revient si souvent, n'est pas une question résolue et tranchée.

En décrivant les phases par lesquelles notre esprit a passé dans notre période de débuts, nous croyons que ces phases ont donné les mêmes impressions à ceux qui nous ont précédé et provoqueront les mêmes remarques chez ceux qui nous suivront.

Ce qui cause au débutant des surprises et des soucis dans l'opération de la cataracte, ce n'est pas la difficulté opératoire elle-même, on arrive assez facilement à tailler son lambeau et à accoucher son cristallin sans issue du vitré ; ce ne sont pas les accidents infectieux graves résultant d'une mauvaise asepsie et évitables par les précautions prises et surtout par la stérilisation absolue des instruments. Ce qui surprend le jeune opérateur, ce sont les accidents post-opératoires, conséquences de l'opération, qui viennent troubler le résultat final, seul important pour le patient. Pendant un an, nous avons fait l'extraction combinée ; pendant un an nous avons fait l'extraction simple.

L'iridectomie pratiquée sans aide ou avec un aide inexpérimenté sur un œil largement ouvert présente évidemment des dangers ; là n'est pas l'inconvénient grave de l'extraction combinée. Ce que nous reprochons à ce procédé, c'est d'être responsable de fréquentes iritis ou irido-choroïdites. Ces irido-choroïdites ont-elles leur cause occasionnelle dans les exsudations plastiques qui se produiraient du côté du tractus uvéal à la suite de l'excision de l'iris ? Ne sont-elles pas plutôt attribuables à l'enclavement d'une portion d'iris ? Il est certain que ces irido-choroïdites sont plus nombreuses dans l'extraction combinée que dans l'extraction simple,

L'extraction sans iridectomie nous a paru le mode opératoire le plus agréable pour l'opérateur. Avec ce procédé, les cataractes secondaires ne sont pas plus fréquentes, les iritis secondaires sont certainement plus rares et plus curables, mais le point noir c'est la hernie de l'iris.

Malgré les succès que nous donnèrent l'extraction combinée et l'extraction simple, les complications dont nous venons de parler vinrent trop souvent contrarier nos résultats pour nous permettre d'être satisfaits.

Nous nous demandions quel était le procédé qui assurerait le plus de succès quand nous songeâmes à l'iridectomie préparatoire. Nous nous souvenions de la phrase d'un de nos maîtres : « J'opérerais mon père ou ma mère de cataracte que je ferais préalablement une iridectomie ». Le hasard voulut encore qu'au moment de nos réflexions un journal nous tomba sous les yeux, qui contenait ces lignes ; « L'opération préliminaire (iridectomie) a parfaitement réussi » ; il s'agissait d'un célèbre homme d'Etat étranger qui devait subir l'extraction de la cataracte. Etait-ce donc que l'iridectomie préalable offrait une garantie que ne pouvaient donner ni l'extraction combinée ni l'extraction simple ?

Tout ceci nous décida à pratiquer environ quinze jours avant l'extraction une iridectomie (incision de 5 à 6 millim. faite au couteau lancéolaire à 1 ou 2 millim. au-dessus du niveau du limbe). Cette méthode fut systématiquement employée par nous depuis, en raison des résultats constants qu'elle nous donna.

Pourquoi l'extraction précédée d'iridectomie, l' « extraction espacée » suivant l'expression de de Wecker, nous a-t-elle fourni le maximum de succès ? Ici, nous ferons une remarque. Laissons de côté les différentes complications indépendantes du procédé adopté pour n'envisager que les enclavements de l'iris qui succèdent à l'extraction. Nous croyons, en effet, que les enclavements de l'iris jouent un rôle très grand dans les complications post-opératoires de la cataracte. Ces enclavements peuvent passer inaperçus, comme en témoignent les examens anatomiques signalés par Terrien dans son récent travail sur la Chirurgie de l'œil (1).

(1) Traité de Berger et Hartmann, t. XI, p. 173, note.

Dans l'extraction simple, l'enclavement qui se produit sous forme de hernie de l'iris est celui qui est le moins suivi de symptômes réactionnels ; malheureusement, le volume de la hernie irienne compromet le plus souvent gravement la vision.

Bien plus bruyants sont les symptômes qui accompagnent l'enclavement de l'iris dans l'extraction combinée. Le plus petit enclavement nous a paru favoriser d'une façon toute particulière l'infection de l'iris et être parfois la cause occasionnelle d'une irido-choroïdite grave et tenace.

Il y a donc un pronostic variable dans les différents enclavements, suivant que l'iris a été ou n'a pas été lésé. Quand l'iris a été lésé, le pronostic de l'enclavement varie encore suivant l'âge de la lésion. Le travail de réparation qui suit la section de l'iris fait disparaître l'influence fâcheuse de la section fraîche lors d'un enclavement. Ceci nous a semblé très net depuis que nous faisons systématiquement l'iridectomie avant l'extraction. Les enclavements iriens que nous avons observés depuis 3 ans n'ont eu aucun des caractères de gravité qui caractérisent l'enclavement de l'extraction combinée.

La méthode opératoire qui, dans la cataracte, donnera le plus de garanties doit donc non seulement éviter la hernie de l'iris, mais encore écarter l'influence fâcheuse que la section fraîche de la membrane irienne semble avoir sur l'enclavement.

La méthode de l'iridectomie préalable réalise ces deux avantages.

Tant qu'on n'aura pas trouvé le moyen d'éviter la hernie de l'iris dans l'extraction simple, nous croyons très sincèrement que l'iridectomie pratiquée une quinzaine de jours avant l'extraction constitue le procédé le plus sûr de l'opération de la cataracte. Cette opinion a été soutenue. On a même objecté la difficulté de décider le patient à subir deux opérations au lieu d'une, or il est inadmissible qu'un patient sain d'esprit ne se décide à l'iridectomie si l'opérateur sait lui persuader qu'il agit ainsi pour augmenter les chances de succès.

Nous avons exposé franchement les difficultés que nous avons rencontrées et qui nous ont décidé à toujours iridectomiser nos opérés avant l'extraction. Les impressions encore récentes de nos débuts nous font penser qu'on ne saurait trop répéter que l'opération de la

cataracte n'est pas une opération exempte d'insuccès et d'ennuis, quelle que soit l'habileté de l'opérateur aux mains de qui s'est confié le patient.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

(Suite)

MORAX. — **Un cas tenace de kératite filamenteuse. Traitement, par la greffe conjonctivale.**

J'ai suivi depuis un an et demi une dame âgée de 50 ans, qui présenta dès le mois de septembre 1900 des poussées de kératite filamenteuse sur l'œil gauche, porteur d'une taie consécutive à un traumatisme remontant à 14 ans. La production des filaments épithéliaux s'accompagnait de phénomènes d'irritation oculaire assez violents et qui ne disparaissaient que pendant 3 à 10 jours après l'ablation du filament.

On ne trouvait de filaments que sur la moitié supérieure de la cornée et la région avoisinante du limbe. Tous les traitements médicaux et chirurgicaux furent employés sans résultat. Après 8 mois d'essais infructueux et de récidives constantes, je me décidai à recourir à la greffe conjonctivale. Sur la moitié supérieure de la cornée dont les lames superficielles avaient été enlevées au couteau, j'abaissai un pont conjonctival emprunté à la conjonctive bulbaire située au-dessus de la cornée.

La greffe se fit très complètement et depuis lors il n'y a plus eu de nouvelles poussées. L'adhérence conjonctivale, qui simule un peu un ptérygion, est masquée par la paupière supérieure et n'occasionne aucune gêne. Dans les cas tenaces, on devra donc recourir à la greffe conjonctivale.

M. ROLLET (de Lyon). — **Ténonite suppurée.**

Les auteurs classiques, de Wecker par exemple, nient l'existence d'une ténonite suppurée sans inflammation de l'œil; cependant O'Ferrall, qui, le premier, en 1841, décrivait l'inflammation de la tunique vaginale de l'œil, admettait que l'épanchement pouvait être séreux ou purulent.

Les cas de ténonite suppurée sont très rares, mais si l'on peut assimiler la ténonite séreuse à l'hygroma, on peut aussi comparer la suppuration ténonienne à l'arthrite purulente des maladies générales.

Chez le malade de M. Rollet, jeune homme de 21 ans, début par un ptosis simple, l'œil restant normal; puis, au bout de trois semaines, légère exophtalmie, chémosis. Rapidement, l'œil alors est figé, les sillons orbito-palpébraux indurés, ulcère cornéen, douleurs, chémosis inflammatoire, légère exophtalmie et petit abcès au niveau de l'insertion juxta cornéenne du muscle droit supérieur. L'incision permet d'évacuer le pus, de mener un stylet dans la cavité ténonienne; une deuxième incision laisse explorer l'orbite postérieure qui ne présente pas trace de suppuration. Guérison avec papille blanche un peu, et 3 mois après vision = 1/10. L'examen du pus a montré, en bouillon de culture, des staphylocoques gardant le Gram.

Dans le cas de Freund Hodges, on dut pratiquer l'énucléation en raison de vives douleurs; dans celui de Schwaz, il y eut panophtalmie; dans celui de Fuchs, hypopion et hyalite.

M. Rollet insiste, à propos du diagnostic de la suppuration localisée à l'espace de Tenon, sur l'exophtalmie légère et l'abcès à l'insertion d'un des muscles de l'œil comme dans le cas de Romiée, celui de Capolongo et le sien. Un débridement hâtif évite l'inflammation de l'œil et des graisses orbitaires.

M. PUECH rapporte un cas de ténonite suppurée chez un enfant mort de méningite tuberculeuse.

M. GALEZOWSKI a observé la ténonite séreuse dans la goutte, le rhumatisme et la ténonite suppurée à la suite de traumatismes.

MOTAIS (d'Angers). — **Un cas d'absence totale de la capsule antérieure intertendineuse.**

Mlle R.., 18 ans, atteinte d'un strabisme convergent de l'œil gauche de 25°. Les mouvements des deux yeux sont réduits d'environ 10°. Aucune autre anomalie apparente.

L'opération eut lieu le 25 mars. Le tendon est sectionné par le procédé de Snellen rien de particulier pendant cette section, qui est limitée exactement au tendon. Dans ces conditions, l'effet opératoire est toujours très faible. Or, immédiatement après la ténotomie,

l'œil se porte brusquement en dehors avec une surcorrection de 15° ; impuissance à peu près absolue du m. droit interne.

Le tendon soulevé avec une pince apparaît complètement isolé de toute membrane latérale ; le crochet est promené sans résistance dans les espaces intertendineux jusqu'à la cornée.

La capsule antérieure fait donc entièrement défaut entre les tendons ; la cavité de Ténon se prolonge jusqu'à la cornée. Rien ne rattache plus le tendon à la sclérotique.

Cette malformation est probablement due à une syphilis héréditaire. Inconnue jusqu'ici sous cette forme absolue, elle rend parfaitement compte de l'impuissance totale du muscle ténotomisé et de la limitation des mouvements des yeux avant l'opération. Mais des variations très importantes dans l'épaisseur et la résistance de la capsule antérieure ne sont pas rares ; elles sont la cause principale des variations très notables dans les résultats de strabotomies très régulières.

Chevalier (Le Mans). — **Un cas de gliosarcome de la choroïde.**

Observation longue, détaillée, relative à une tumeur intra-oculaire observée chez un homme âgé de trente-deux ans ; l'énucléation fut pratiquée à temps et un an après, la guérison se maintenait ; il ne se produisit pas de récidive.

Cette tumeur, au début, pouvait être confondue avec un décollement rétinien, avec une choroïdite exsudative, avec un cysticerque sous-rétinien, avec un gliome de la rétine. Le diagnostic présente dans ce cas de réelles difficultés.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait *d'un glio-sarcome de la choroïde*, variété de sarcomes globo-cellulaires ainsi nommée par les histologistes allemands pour désigner les tumeurs de l'œil qui se rapprochent histologiquement du système nerveux. Les éléments nerveux proprement dits n'ont pas pris part à leur formation, elles sont parties de la névroglie sans être nerveuses elles-mêmes.

La membrane nerveuse contracte de bonne heure une union avec la tumeur, et son tissu se dégénère dans le sens du gliome, son tissu est envahi par les éléments fusiformes du sarcome voisin, tumeur primitive.

J. Chaillous (Paris). — **Des troubles pupillaires dans le cas de dilatation de l'aorte.**

M. Babinski a rapporté récemment à la Société médicale des hôpitaux les observations de deux malades atteints à la fois de troubles pupillaires et d'anévrysme de l'aorte. Ne pouvant expliquer ces troubles pupillaires (le signe d'Argyll Robertson) par une lésion du sympathique, M. Babinski admit que l'on devait considérer les troubles pupillaires comme indépendants de toute lésion du sympathique, et au contraire, en rapport avec la cause la plus fréquente de l'anévrysme de l'aorte, la syphilis. Deux cas que nous avons observés viennent à l'appui de cette conclusion. Chez un premier malade, la dilatation de l'aorte thoracique s'accompagnait d'une mydriase double très marquée. L'examen du malade syphilitique montra qu'il s'agissait d'une ophtalmoplégie interne double, incomplète, seul symptôme d'une lésion du système nerveux central. Dans le second cas, une malade présenta les symptômes d'une tumeur du médiastin et le signe d'Argyll Robertson. A l'autopsie, on trouva un anévrysme de la crosse de l'aorte. Dans ces deux cas, les troubles pupillaires ne peuvent en aucune façon être mis sous la dépendance d'une irritation ou d'une lésion du sympathique. Ils sont la preuve d'une lésion syphilitique du système nerveux central et ils s'ajoutent à tant d'autres faits qui démontrent la fréquence de la syphilis dans l'étiologie des anévrysmes.

M. Bull (de Paris). — **L'asthénopie par clignement.**

L'auteur a établi qu'il existe une asthénopie ou fatigue fonctionnelle des yeux produite par le clignement.

L'*asthénopie par clignement* est importante par elle-même, et de plus sa connaissance facilite le diagnostic des autres genres d'asthénopie au sujet desquels il règne encore une certaine confusion.

Les symptômes de l'asthénopie par clignement consistent en troubles visuels et en signes d'irritation des nerfs sensibles de la cornée. En parlant de ces derniers, M. Bull a dit que beaucoup de personnes attribuent leurs souffrances à l'état de leurs paupières, alors qu'elles sont dues uniquement à l'irritation

de la cornée. Les médecins, eux-mêmes, n'apprécient peut-être pas assez l'importance de l'irritation cornéenne ; les dires du malade, et les phénomènes aperçus sur les parties susceptibles de gonflement et de rougeur détournent l'attention du véritable siège du mal. On parle souvent de conjonctivites, alors que la congestion des vaisseaux conjonctivaux n'est que l'effet secondaire d'une affection cornéenne.

Après avoir décrit en détail les symptômes de l'asthénopie par clignement, symptômes bien caractérisés et facilement reconnaissables, l'auteur a cité le cas d'un artiste peintre qui avait subi toute sorte de traitements pour conjonctivite, pour asthénopie accommodative et asthénopie musculaire, alors que l'asthénopie était causée uniquement par le clignement. Pour faire ressortir la valeur du diagnostic, M. Bull a montré une série de dessins faits par le malade lui-même qui prouve jusqu'à l'évidence que ce mot *asthénopie par clignement* désigne parfaitement l'état morbide en question. M. Bull a indiqué comme premier remède à cette asthénopie l'interdiction du clignement. Les verres sphéro-cylindriques et parfois des verres fumés sont utiles pour empêcher le clignement. Il a, de plus, appelé l'attention sur l'importance de la position à prendre pour la lecture et pour tout travail demandant à être vu de près. Pour la lecture, on tiendra le livre élevé, à l'aide d'un pupitre si cela est nécessaire. S'il est indispensable de tenir en bas l'objet regardé, il faudra baisser la tête et non les yeux, car en baissant les yeux, la paupière supérieure descend relativement plus bas que l'œil et arrive ainsi sur la partie de la cornée qu'il appelle la zone dangereuse. En y séjournant, la paupière produirait le trouble visuel, et l'irritation des nerfs sensibles qui constitue l'asthénopie par clignement.

Dr Schrameck. — **L'irrégularité pupillaire, sa valeur séméiologique : ses rapports avec le signe d'Argyll-Robertson.**

Dans les affections où l'on rencontre habituellement des troubles pupillaires (tabès), paralysie générale, syphilis), on est frappé de l'irrégularité que présente souvent le contour de l'orifice pupillaire.

Cette déformation est pour nous un signe indiquant que la motilité de l'iris est ou va être atteinte. La forme que peut prendre l'orifice pupillaire est très variée, la déformation peut être visible à l'œil nu, ou assez peu marquée, et visible alors seulement à l'éclairage oblique.

Elle est parfois monolatérale tout d'abord, mais se présente souvent déjà bilatérale dès les premiers examens.

Quand elle est encore monolatérale, elle peut permettre dans les cas d'inégalité pupillaire avec réflexes encore normaux, de discerner laquelle des deux pupilles inégales est pathologique.

La déformation pupillaire est le premier signe en date des troubles indiquant l'altération de l'innervation de l'iris ; la première étape dans la marche régressive de cette innervation; elle nous paraît précéder l'altération des réflexes, et nous avons pu voir peu à peu et progressivement se développer les signes d'Argyll chez des paralytiques généraux où l'on avait observé seulement auparavant de l'irrégularité du contour de la pupille.

Nous croyons donc que toute déformation pupillaire (en l'absence d'anomalie congénitale et de synéchies) doit faire songer, alors même que les réflexes pupillaires sont encore intacts, au tabes, à la paralysie générale, à la syphilis et que sa valeur séméiologique est la même que celle du signe d'Argyll-Robertson, dont elle marque en quelque sorte le début.

M. A. Terson. — J'ai signalé, il y a plusieurs années, dans le *Traité de chirurgie*, de Le Dentu et Delbet, l'importance de l'*irrégularité des pupilles* que j'avais observée à peu près constamment dans le tabes et la paralysie générale. Ce signe a une réelle valeur et est beaucoup plus constant dans ces maladies que dans les autres affections nerveuses,

J'ai d'ailleurs trouvé que d'autres observateurs (Salgo, E. Berger, Kalher) avaient aussi remarqué ce signe de la *déformation* pupillaire.

La pupille est souvent oblique-ovalaire suivant l'expression que j'ai proposée et que j'ai répétée encore récemment à la Société d'ophtalmologie de Paris.

M. Terrien appelle l'attention sur les erreurs que l'on pourrait commettre à ce sujet chez des sujets qui ont des déformations pupillaires consécutives à des synéchies.

M. Parent fait remarquer qu'il existe beaucoup d'anomalies pupillaires physiologiques

qu'il ne faudrait pas prendre pour des déformations pathologiques.

MM. Dor, Kœnig prennent également part à la discussion.

Sulzer (Paris). — **Note sur les verres à la Chamblant.**

Chamblant taillait, en dehors des verres composés de deux segments cylindriques identiques à axes croisés à 90° des cylindres croisés inégaux, destinés à la correction de l'astigmatisme. Ces deux espèces de combinaisons sont connues sous le nom de verres à la Chamblant, mais, nous autres oculistes, entendons sous cette dénomination surtout des cylindres croisés inégaux.

Je désire ce soir vous dire quelques mots des verres composés de deux segments cylindriques identiques croisés à 90°, et ayant, ainsi que le dit Chevalier en 1820, «la propriété des verres convexes ou concaves ordinaires. » Dans l'intérêt de la brièveté, je les nommerai : verres bicylindriques équivalents.

Tout le monde sait que l'action convergente ou divergente des verres cylindriques est zéro dans la direction de l'axe, maxima dans la direction perpendiculaire de l'axe. Dans les sections intermédiaires à ces deux directions, la courbure est égale à la courbure maxima, multipliée par le cosinus de l'angle que forme, avec la direction de courbure maxima, la direction considérée. Or, si nous avons un verre composé de deux segments de cylindre identiques, croisés à 90°, les deux angles que forme une section quelconque avec chacune les courbures maxima se complètent à 90°; la somme de leur cosinus étant 1, il résulte que ces verres ont la même action qu'aurait un verre plano-sphérique ayant le même rayon de courbure que l'un des cylindres identiques ou un verre bi-sphérique ayant un rayon de courbure deux fois plus long que le rayon de courbure des cylindres croisés idendiques.

C'est ce que Chevalier dit nettement en 1820 et c'est ce qui a été démontré et affirmé par les auteurs qui se sont occupés de la question. Or, Chamblant ne fut pas le seul observateur qui reconnut aux loupes et aux verres de lunettes bicylindriques une supériorité incontestable par rapport aux verres sphériques. Le public les recherchait obstinément, malgré les assertions des défenseurs de verres sphériques aussi longtemps que Chamblant en fabriquait, c'est-à-dire jusqu'à sa mort. Certains auteurs expliquent leur supériorité par le poli plus parfait qu'on donne aux surfaces cylindriques. En réalité la question n'a jamais été élucidée car le fait de considérer Chamblant et les personnes qui portent ses verres comme des illuminés n'est pas une interprétation suffisante.

J'ai pu rassembler plusieurs lunettes bicylindriques équivalentes qui avaient rendu à leurs porteurs des services excellents, que ne donnèrent jamais les verres sphériques destinés à les remplacer, lorsque les verres bicylindriques équivalants étaient devenus trop faibles. Cette préférence donnée aux verres bicylindriques équivalants a des raisons sérieuses, ainsi que j'ai pu m'en convaincre. Ces raisons sont de deux ordres différents : 1) Les verres à la Chamblant à courbure identique exercent un certain effet cylindrique à cause de leur grande épaisseur. Les deux surfaces cylindriques placées à des distances différentes de l'œil ne produisent pas sur les rayons incidents le même effet convergent ou divergent, malgré leur courbure identique. Le calcul qui les identifie à des verres sphériques néglige en effet leur épaisseur. Chamblant savait si bien que la position de ces verres influence leur effet, qu'il leur donnait une forme octogonale permettant de les déplacer de 45° à 45° dans les montures et de retenir la position la meilleure. Il corrigeait ainsi les degrés faibles de l'astigmatisme. La direction des axes n'étant jamais rigoureusement perpendiculaire, l'action cylindrique atteint une dioptrie dans certains verres de ce genre. Aujourd'hui, personne n'hésitera à préférer aux bicylindriques équivalents les verres sphéro-cylindriques.

2) Les verres convexes bicylindriques sont rectilignes à condition qu'un des axes soit parallèle à la ligne vue. Cet avantage ressort surtout quand on s'en sert comme loupe pour regarder une page imprimée, un damier ou un dessin composé de lignes verticales et horizontales. Tandis que les lentilles sphériques déforment les lignes imprimées en forme de barillet, les carrés d'un damier en quadrilatères curvilignes, les verres bicylindriques leur laissent leur forme et directions réelles. Tout le monde sait combien certains opérés de cataracte sont gênés par les déformations que pro-

duit leur verre. Ces déformations peuvent être évitées par l'emploi des verres bicylindriques. Calculés de façon à corriger l'astigmatisme post-opératoire, ces verres constituent la correction la plus parfaite de l'aphakie. On emploiera les verres bicylindriques, en outre, avec avantage chaque fois qu'il s'agit de prescrire des verres convexes forts simples ou des verres convexes forts combinés à des verres cylyndriques, dont les axes sont verticaux ou horizontaux ou s'éloignent peu de ces directions.

M. Jansen (membre de l'Institut) rapporte qu'il a eu l'occasion de corriger la vision d'un sujet atteint de kératocône par des verres concaves.

Discussion.—MM. Badal, de Wecker, Sulzer, Dor, rappellent que les verres concaves ont depuis longtemps été essayés par les oculistes, mais qu'ils ont été abandonnés, parce qu'ils ne donnent qu'un résultat momentané et insuffisant.

Rectification

Au lieu de la solution concentrée de permanganate de potasse comme il a été dit (n° 4, p. 168) le Dr Vian (de Toulon), emploie, dans le traitement de l'ophtalmie purulente, la solution à 1/10 en attouchements avec un tampon de coton hydrophile.

BIBLIOGRAPHIE

M. Kuhnt. — **Sur la valeur des autoplasties par lambeaux cutanés sans pédicule.** (*Keitsch. f. Augenh.* Bd. VII, 1 et 29).

Kuhnt a fait 18 paupières par le procédé de Le Fort-Wolfe avec grands lambeaux cutanés sans pédicule, et 21 paupières avec des greffes de Tiersch.

Voici les résultats obtenus :

I. — *Grands lambeaux sans pédicules.*

	Résultats.			
	Bons	Satisfaisants	Insuffisants	Total
Paupière supérieure	9	1	»	10
— inférieure.	8	»	»	8
Totaux.....	17	1	»	18

II. — *Greffe de Tiersch.*

	Résultats.			
	Bons	Satisfaisants	Insuffisants	Total
Paupière supérieure	7	2	1	10
— inférieure.	6	3	2	11
Totaux.....	13	5	3	22

La rétraction consécutive part en majeure partie du soi à recouvrir, aussi ce dernier doit-il être libéré avec grand soin de tout tissu cicatriciel. Les conditions de vitalité du lambeau doivent être favorables. Il faut arrêter entièrement l'hémorragie, et écarter du lambeau tout le tissu sous-cutané ou cutané profond, qui pourrait gêner ; pour permettre à la sécrétion de s'écouler plus facilement, on peut faire des incisions dans le lambeau. Toute cause d'infection doit être écartée, l'état général du patient doit être excellent. Afin d'éviter les plis produits par les points de suture, Kuhnt rejette complètement ceux-ci et introduit les bords du lambeau quelques millimètres au-dessous de la peau du voisinage. Il faut tenir compte de la rétraction, qui diminue le lambeau de moitié, on y pensera quand on formera ce dernier. Comme traitement consécutif, K. propose un massage longtemps continué, ce qui diminue les indurations et les inégalités. F. A.

Prof. Ernest Fuchs. — **Décollement de la rétine après extraction de la cataracte.** Avec 5 fig. dans le texte. (V. *Graefes Archiv.* 51, II.)

En 1886, Knapp, le premier, attira l'attention sur ce fait que, quelquefois après l'extraction du cristallin, il peut se produire un décollement de la rétine. Depuis, on a publié une dizaine d'observations. Ayant eu, dans sa pratique privée, un cas de décollement après extraction du cristallin, Fuchs examina à ce point de vue les opérés de cataracte de sa clinique, et en l'espace de 8 mois (nov. 1899 à juin 1900), trouva cinq cas de décollement de la rétine ; cette affection est donc plus fréquente qu'on ne le pensait.

Fuchs décrit d'abord six observations de décollement de la rétine après extraction de la cataracte ; il y ajoute trois observations de décollement de la choroïde après iridectomie. Il établit ensuite le tableau de cette affection en se basant sur les cas signalés dans la littérature et ses observations personnelles.

Dans les cas de cataracte sénile opérés avec grand lambeau et iridectomie, l'opération ayant été normale, la marche de la guérison est normale pendant les premiers jours. Puis, un jour, la chambre antérieure est moins profonde, ou bien n'existe plus, sans signe de réouverture ou de perméabilité de la plaie.

En même temps, la tension est abaissée, au moyen de la loupe, et avec l'ophtalmoscope on peut alors voir la partie de la rétine décollée qui proémine dans le vitré en forme de demi-sphère. Ce décollement qui peut se produire peu de temps après l'opération, mais aussi des mois après (dans un cas de Fuchs, il s'était produit le 3e jour, dans un autre au bout de 4 mois), persiste quelque temps, puis disparaît rapidement ; en même temps, la chambre antérieure se reforme et la tension reprend son degré normal.

Le décollement de la rétine ne semble pas être influencé par la marche anormale d'une opération où la réouverture de la plaie.

Dans deux observations de Fuchs, il se produisit un glaucome aigu, immédiatement après la disparition du décollement.

La choroïde décollée avance dans le corps vitré sous forme de bosses rondes, et s'il y a plusieurs élévations, elles sont séparées par des invaginations profondes. Ces bosses de la choroïde avancent souvent fortement en avant. A l'éclairage oblique, elles ont des nuances variant du jaune au brun, ne montrent pas de vaisseaux, leur surface est lisse, sans plis et ne flotte pas à l'éclairage direct, les bosses de la choroïde se distinguent des parties rouges du fond de l'œil par leur teinte sombre et leur limite nette. Cette limite nette est le sommet du décollement, le profil du point le plus élevé. En cet endroit, la choroïde est très sombre, le plus souvent même noire. Les décollements peu prononcés ne peuvent être diagnostiqués que par l'ombre sombre et leur bord postérieur convexe.

Fuchs explique l'aspect sombre des parties soulevées de la choroïde par ce fait que la lumière, qui normalement traverse la choroïde et est réflectée par la sclérotique, manque entièrement ou totalement au niveau des parties soulevées. Par contraste, avec les autres parties du fond de l'œil, la partie décollée semble encore plus sombre.

Il est à remarquer que la surface de la choroïde soulevée ne montre jamais de vaisseau, en sorte que l'invisibilité des vaisseaux de la choroïde ne peut en aucune manière parler en faveur d'une tumeur.

La rétine reste intimement appliquée sur la surface de la choroïde décollée, de la sorte, sa fonction est à peine touchée.

On connaît le résultat de trois examens anatomiques, ils montrent qu'il s'agit réellement d'un décollement de la choroïde.

Fuchs explique de la manière suivante le développement de cette affection. La déchirure faite par l'opération et située dans la région de l'angle de la chambre antérieure permet la pénétration de l'humeur aqueuse dans le tissu muscle ciliaire, et son infiltration à travers lui jusqu'aux espaces périchoroïdiens. L'humeur aqueuse ainsi parvenue dans l'espace périchoroïdien repousse la choroïde dans le corps vitré, qui lui-même s'avance et amène la disparition de la chambre antérieure. La diminution de tension s'explique par ce fait que l'humeur aqueuse logée dans les espaces périchoroïdiens trouve une issue plus facile que dans la chambre antérieure.

Pour donner à cette explication une base solide, il fallait démontrer que : 1° la déchirure en question est produite par l'opération ; 2° que, par une solution de continuité du corps ciliaire, l'humeur aqueuse pénètre réellement dans l'espace périchoroïdien. Fuchs montre par des coupes histologiques, que 2 sur 5 yeux bien opérés présentent des déchirures de la base de l'iris, ce qui est donc assez fréquent ; d'autre part, dans trois autres cas de déchirure de la racine de l'iris et du muscle ciliaire, on constate un décollement de la choroïde, bien plus accentué dans sa partie antérieure.

Ce fait qu'après la guérison, peut se produire une élévation de la tension, ce qui est arrivé dans 2 cas signalés par Fuchs, s'explique très bien si l'on considère qu'un espace aussi vaste que l'espace périchoroïdien, vient à manquer brusquement à l'humeur aqueuse.

F. A.

Rapports anatomiques et pathologiques entre les sinus de la face et l'appareil orbito-oculaire, par le Dr Georges Stanculéanu, ancien interne des hôpitaux de Paris. (Thèse Steinheil, éditeur, Paris.)

Nous ne connaissions l'anatomie des sinus, qui intéresse tant les oculistes, que par les trai-

tés généraux d'anatomie ou certaines descriptions isolées et incomplètes dans nos traités spéciaux. M. Stanculéanu vient de combler cette lacune. On trouvera dans son excellent livre l'anatomie descriptive et régionale des sinus de la face, suivie de la partie pathologique de chacun d'eux. Les rapports anatomiques avec l'appareil oculaire y sont particulièrement soignés et leur étude en est singulièrement facilitée par les photographies de fort bonnes préparations anatomiques, dues pour la plupart au scalpel de M. Marc Landolt.

La partie pathologique gagne aussi à être écrite par M. Stanculéanu, qui a mené de front l'étude de deux spécialités : l'ophtalmologie et la rhinologie. Les ophtalmologistes trouveront dans ce livre tout ce qui peut les intéresser concernant les rapports de la pathologie de sinus et de la pathologie oculaire.

R. J.

M. Trantas. — **Complications oculaires dans l'eczéma.** (*Soc. imp. de méd. de Constantinople.* Séance du 11 avril 1902.)

Puisqu'on discute sur les affections eczémateuses, je saisis l'occasion pour vous relater une complication oculaire survenue chez un eczémateux, que je n'ai vue jusqu'ici pour ma part et que même je n'ai pas trouvée décrite dans les ouvrages spéciaux.

En effet, chez un aide infirmier de l'hôpital Grec, âgé de 20 ans, qui souffrait depuis deux ans d'eczéma sec du visage (localisé surtout dans les oreilles et les sourcils), et qui depuis quelques mois présentait une conjonctivite eczémateuse double, s'est développée depuis quelques jours une kératite *sui generis*, au milieu de phénomènes irritatifs, photophobie, larmoiement, injection du limbe.

Cette kératite consistait en un trouble diffus de l'épithélium de la cornée dans toute sa surface, trouble qui ressemblait plus ou moins à ce qu'on voit chez les glaucomateux, quand l'épithélium devient rugueux dans des états aigus. L'épithélium était épaissi, de sorte qu'on croirait que toute la cornée était épaissie comme s'il était enduit d'un vernis ; on dirait une épidermisation de l'épithélium cornéen. Cette affection tout d'abord n'avait frappé que l'œil droit, mais à la fin, l'œil congénère a eu une petite ulcération avec un léger épaississement de l'épithélium. L'acuité visuelle, surtout du côté droit, était amoindrie (jusqu'à 1/3). Cet état a duré pendant un mois et demi quand la guérison a été obtenue grâce aux instillations d'atropine et aux lotions avec des solutions faibles de sublimé ; intérieurement nous prescrivions l'arsenic. Après quelques mois, une rechute de la kératite est survenue en même temps qu'une nouvelle poussée de l'eczéma de la face, qui cette fois a été moins tenace. Notons que la complication oculaire marchait de pair avec la maladie cutanée, dont elle dépendait.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée

Exposition internationale d'art décoratif moderne, à Turin

Billets d'aller et retour à prix réduits de 1re, 2e et 3e classes de toute gare P.-L.-M. à Turin, donnant droit à six entrées à l'Exposition.

VALIDITÉ : 30 JOURS.

Arrêts : *En Italie, deux arrêts au choix tant à l'aller qu'au retour.*

Ces billets sont délivrés :

1° Immédiatement dans les gares de Paris, Nevers, Dijon, Lyon-Perrache, Clermont-Ferrand, Saint-Etienne, Valence, Marseille, Nîmes, Grenoble et Chambéry ;

2° Sur demande faite 48 heures à l'avance dans toutes les autres gares.

GÉLULES

CAPSULES GÉLATINEUSES PERFECTIONNÉES

se faisant en sept grandeurs

SUPPRESSION DES CACHETS

Notice et **Échantillon** sur demande.

Pharmacie BÉRAL

14, Rue de la Paix, 14

PARIS

PRODUITS ET PANSEMENTS POUR L'OPHTALMOLOGIE

Ballons Pipettes stérilisés pour collyres aseptiques.

PANSEMENTS AU **CELLULIN HYDROPHILE** (PAPIER DE BOIS DE PIN)

CHEVRETIN et LEMATTE, PHARMACIENS DE 1re CLASSE

Fournisseurs des Hôpitaux.

224, Rue Caumartin, PARIS. —*— TÉLÉPHONE : **245-56**